

下記の*の項目は記載不要です。

*試験受付番号	—
*受付年月日	令和 年 月 日

日本総合歯科学会 認定医に関わる筆記試験申込書

一般社団法人日本総合歯科学会理事長 殿

令和____年度日本総合歯科学会認定医に関わる筆記試験の受験を希望いたします。

令和 年 月 日

フリガナ		性別
氏 名		男・女
所属・勤務先名称		
連絡先住所	〒	
電話番号		
E-mail		
※会員番号		
生年月日（西暦）	年	月 日
点数の開示	希望する ・ 希望しない	

※会員番号は会費請求書送付の際に宛名の下方に記載されている 10 桁の文字（JSGD-xxxxx）になります。

※会員番号がご不明の場合は事前に学会事務局までお問い合わせ下さい。